

Original

Aborto en Melilla: barreras de océano y frontera

Eva Estévez Jiménez^{a,*} y Maite Cruz Piqueras^{b,c}^a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España^b Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España^c Red de Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de julio de 2023

Aceptado el 16 de noviembre de 2023

Palabras clave:

Aborto inducido

Objeción de conciencia

Derechos sexuales y reproductivos

Melilla

Investigación cualitativa

R E S U M E N

Objetivo: Describir el recorrido que realizan las mujeres para abortar en Melilla, así como identificar y analizar las barreras para su acceso.

Método: Investigación cualitativa con un total de ocho entrevistas semiestructuradas realizadas durante 2022 a tres personas referentes en el tema del aborto de ámbito nacional y a cinco profesionales del Área de Salud de Melilla implicadas tanto en la prestación como en el recorrido que hacen las mujeres para poder abortar. El marco teórico que se siguió fueron las barreras de acceso al aborto y los derechos sexuales y reproductivos. Se realizó un análisis temático del contenido y por categorías según las dimensiones del estudio.

Resultados: Se han identificado varias barreras de acceso al aborto en Melilla, entre las que destacan la objeción de conciencia, la localización geográfica de Melilla, la situación irregular de las mujeres marroquíes y la necesidad de consentimiento en las menores de 16 y 17 años. Estos obstáculos obligan a las mujeres que quieran abortar a trasladarse a la Península para conseguir el procedimiento, a continuar con un embarazo no deseado o, en el peor de los casos, a someterse a un aborto clandestino en Marruecos poniendo en riesgo su vida.

Conclusiones: Las barreras de acceso descritas suponen una vulneración y una violación del derecho al aborto en Melilla. Se debe revisar el recorrido que se ven obligadas a hacer las mujeres de forma que se facilite el acceso y se garantice el derecho a un aborto seguro a todas las mujeres residentes en Melilla.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Abortion in Melilla: barriers to ocean and frontier

A B S T R A C T

Keywords:

Abortion induced

Conscientious objection

Reproductive rights

Melilla

Qualitative research

Objective: To provide insights into the challenges faced by women seeking abortion services in Melilla, Spain. It seeks to describe the journey these women undertake and to identify and analyze the barriers they encounter in accessing abortion care.

Method: A qualitative research approach was employed, involving a series of eight semi-structured interviews during 2022. Three interviews were conducted with national experts in the field of abortion, while five interviews were conducted with healthcare professionals from the Melilla Health Area who are directly involved in providing abortion services and supporting women throughout the process. The study was guided by a theoretical framework that focuses on barriers to abortion access and sexual and reproductive rights. The collected data was analyzed using content analysis and categorized based on key dimensions of the study.

Results: The study identified several significant barriers to abortion care access in Melilla. These include conscientious objection among healthcare providers, the geographical remoteness of Melilla, the legal challenges faced by Moroccan women due to their irregular status, and the requirement of parental consent for minors aged 16 and 17. Consequently, women seeking abortion services are forced to travel to mainland Spain, continue with undesired pregnancies, or resort to unsafe clandestine abortions in Morocco, thereby endangering their lives in the worst cases.

Conclusions: The barriers to abortion access identified in this study represent a violation of women's reproductive rights in Melilla. Urgent action is required to review the current process, ensuring that access is improved and the right to safe abortion is guaranteed for all women residing in Melilla.

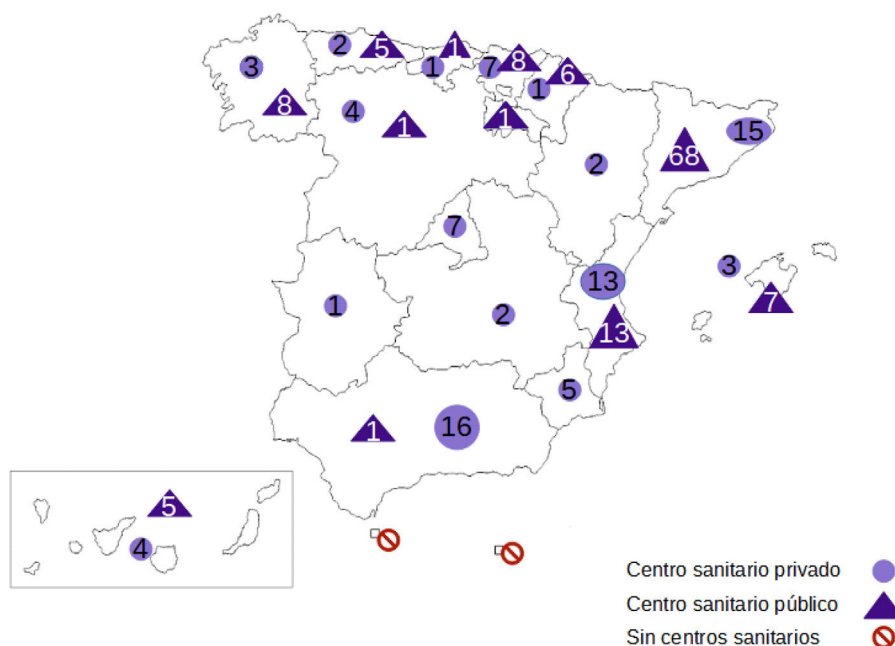
© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El aborto es un derecho humano fundamental de salud sexual y reproductiva de las mujeres reconocido por diversas organiza-

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: evaesjim3@gmail.com (E. Estévez Jiménez).



(Elaboración propia a través del documento de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ministerio de Sanidad 2021)

Figura 1. Distribución de los centros que han notificado interrupciones del embarazo en 2021 en España.

ciones internacionales^{1,2}. Sin embargo, las barreras de acceso al aborto dificultan que se cumplan estas condiciones, traduciéndose en que el 45% de los abortos inducidos anualmente se realicen en condiciones que ponen en riesgo la vida de la mujer³.

En España, el aborto viene regulado dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) por la Ley Orgánica 2/2010 (LO), de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en la que se establece que la interrupción del embarazo se permitirá dentro de unos plazos específicos⁴. Recientemente ha entrado en vigor la LO 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, cuyos cambios fundamentales son la regulación de la objeción de conciencia, el derecho a abortar de las adolescentes de 16 y 17 años, y de mujeres con diversidad funcional sin necesidad de consentimiento de terceros, y sobre todo pretender acabar con las inequidades territoriales en el acceso al aborto y garantizar la prestación en servicios sanitarios públicos^{5,6}.

La falta de profesionales que practican abortos en el sistema sanitario público, así como una desigual distribución de los centros privados y concertados, provoca inequidad en el acceso (fig. 1) y obliga a las mujeres a desplazarse a otras ciudades en busca de la prestación^{7,8}. Al igual que ocurre en otros países donde el aborto está obstaculizado, se crean rutas migratorias hacia aquellos con mayor acceso⁹.

En Europa, el límite en la edad gestacional es una de las principales dificultades para abortar en países como Francia o Alemania, lo que provoca desplazamientos hacia Inglaterra, España o los Países Bajos^{9,10}. No obstante, van a coexistir otras barreras de acceso, descritas también en España, como son la falta de personal que practique abortos, ya sea por objeción de conciencia o por falta de formación, el aislamiento en zonas rurales, la necesidad de consentimiento de terceros, el estatus administrativo irregular y la barrera económica, entre otras¹¹⁻¹⁴.

Desde la perspectiva de los derechos humanos se hace énfasis en la necesidad de que el aborto sea una práctica accesible para quien lo necesite y cualquier obstaculización se considera una violación

de los derechos sexuales y reproductivos^{15,16}. Así, las instituciones deben garantizar la interrupción del embarazo en condiciones óptimas, puesto que las barreras de acceso al aborto van a retrasar el momento de la interrupción, fomentar abortos clandestinos o incluso obligar a continuar con una gestación no deseada¹⁵.

Todo ello va a suponer un impacto negativo en la salud mental y física de la mujer, llegando incluso a peligrar su vida^{11,15}. La Organización Mundial de la Salud establece que la objeción de conciencia es un obstáculo para un aborto seguro, gratuito y universal¹⁷. Además, se ha descrito la objeción de conciencia como una barrera directa, dada la negativa de los profesionales a proveer esta práctica, pero también indirecta, puesto que exacerba el resto de las barreras existentes¹⁸.

La objeción de conciencia en el aborto se ha relacionado con la imposición de juicios morales respecto a la actividad sexual de las mujeres; con la carga de trabajo, la presión por parte de superiores profesionales o la derivación de estas mujeres hacia clínicas privadas por el beneficio económico¹⁹. Algunas autoras describen esta objeción de conciencia como desobediencia inmoral²⁰. Si la conciencia es algo individual y personal basado en principios éticos profundos, en el caso del aborto sirve para imponer la conciencia de una persona que ostenta una situación de poder (el médico) frente a la conciencia de la mujer, que se encuentra en una situación de vulnerabilidad²⁰⁻²². Recientemente, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos estableció que la objeción de conciencia no puede prevalecer sobre el derecho a la salud de las mujeres al solicitar un aborto²³.

Todas estas barreras pueden verse amplificadas, dadas sus características socioculturales, demográficas y políticas, en la ciudad de Melilla. Si la tasa de abortos en España se situaba en 10,70 abortos por 1000 mujeres en 2021, en Melilla fue de 1,79, siendo la más baja por detrás de Ceuta⁶. Junto a estas cifras, habría que considerar que no existen centros públicos ni privados que provean esta práctica en Melilla debido a la objeción de conciencia, y por tanto se derivan todas las interrupciones a una clínica concertada en Málaga^{6,24}.

Dadas estas características y la baja tasa de abortos, se plantea que las mujeres de Melilla se vean obligadas a buscar alternativas

Tabla 1
Perfil de las personas entrevistadas

Entrevistas primera fase			
Participantes	Sexo	Experiencia profesional	Forma/lugar de entrevista
IC1	Mujer	Salud preventiva y materno-Infantil. Experiencia en conflictos de conciencia en profesionales de la salud	Virtual
IC2	Mujer	Antropóloga social. Experiencia en barreras de acceso al aborto en España	Virtual
IC3	Mujer	Médica. Asociación sin ánimo de lucro que trabaja con mujeres en situación de vulnerabilidad	Sede de la asociación
Entrevistas segunda fase			
Participantes	Criterios de segmentación		Lugar de entrevista
E1	Hombre, mayor de 40 años, médico especialista		Hospital
E2	Mujer, mayor de 40 años, médica de familia		Centro de Salud
E3	Mujer, menor de 40 años, enfermera		Hospital
E4	Mujer, menor de 40 años, médica especialista		Centro de Salud
E5	Hombre, menor de 40 años, médico de familia		Despacho personal

para interrumpir su embarazo. Siguiendo la literatura descrita y la idiosincrasia de Melilla, al ser un territorio español aislado geográficamente de la Península en situación fronteriza con Marruecos, resulta relevante esta investigación que se plantea, desde una perspectiva de los derechos humanos sexuales y reproductivos, identificar y analizar qué barreras existen de acceso al aborto desde el punto de vista de los/las profesionales sanitarios/as más directamente implicados/as con la prestación, así como una aproximación al recorrido que finalmente tienen que hacer estas mujeres para poder abortar.

Método

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo con metodología cualitativa y realizado en dos fases. En la primera se realizaron tres entrevistas a personas con conocimientos expertos en el área objeto de estudio (aborto, derechos sexuales y reproductivos, objeción de conciencia), con el interés de identificar y acotar, junto con la literatura, los temas clave que debían guiar la investigación. En la segunda fase se realizaron cinco entrevistas a profesionales de la salud de Melilla que estuvieran implicadas en el recorrido que realizan las mujeres para abortar. La información que se derivó de la primera fase del estudio permitió matizar o introducir cuestiones en las entrevistas que se hicieron posteriormente.

El estudio se llevó a cabo con profesionales sanitarios pertenecientes al Área de Salud de Melilla, que incluye cuatro centros de atención primaria de la ciudad y el Hospital Comarcal de Melilla (único hospital público de Melilla).

El muestreo fue intencional por conveniencia y se diseñó teniendo en cuenta el nivel de atención, si era profesional de medicina o enfermería, la edad y el sexo. Dado el tamaño tan reducido del Área de Salud de Melilla y con el fin de preservar la confidencialidad de las personas entrevistadas, no se pueden dar más datos de forma pormenorizada sobre la conformación de la muestra (tabla 1). La recogida de la información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas que se hicieron de manera presencial o virtual (tabla 1), sin que el formato escogido tuviera especial relevancia en la calidad de la información recogida. Las personas participantes fueron contactadas de manera directa por la investigadora principal, a través de correo electrónico o por llamada telefónica al tener contacto por haber trabajado en el Área de Salud de Melilla previamente, durante el mes julio de 2022. La duración media de las entrevistas fue de 45 minutos y nadie rechazó ser entrevistado. Con la información obtenida en la segunda fase se logró una saturación del discurso en relación a las dimensiones del estudio, consiguiendo la descripción completa del recorrido, que además se trianguló y amplió posteriormente en una entrevista con una administrativa local del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Es importante señalar que en Melilla únicamente se atienden abor-

tos espontáneos o no evolutivos. En la descripción de este recorrido nos referimos a los abortos inducidos (interrupción voluntaria del embarazo según la LO2/2010).

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de forma literal. Para el análisis se realizó un análisis temático de contenido. Las categorías se crearon a partir del guion de entrevista (fig. 2) y de las dimensiones previamente delimitadas como temas de interés (recorrido del aborto, barreras de acceso, objeción de conciencia, posiciones frente al aborto, diferencias socioculturales y factores facilitadores).

A continuación, la información se codificó y agrupó por dos miembros del equipo de investigación. En caso de discrepancia, se analizaba por las investigadoras y se consensaba para su posterior codificación. El análisis se completó con una interpretación de la información y de las barreras de acceso desde una perspectiva crítica feminista en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El diseño del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Granada (N.º 2922/CEIH/2022). Antes de cada entrevista se enviaron por correo electrónico, o se entregaron en persona, tanto la hoja informativa como el consentimiento informado.

Resultados

Los resultados se resumen en la tabla 2. A continuación se describen los aspectos más destacables según las dimensiones analizadas en el estudio.

El recorrido institucional que realizan las mujeres que requieren un aborto en Melilla se realizó a partir de la experiencia relatada en las entrevistas (fig. 3) y se corroboró con una trabajadora de la administración de INGESA encargada de la derivación de pacientes a la Península. Al describirlo, las personas entrevistadas son capaces de detallar la parte en la que están directamente involucradas, pero desconocen el resto de los pasos que hay que seguir.

Por otro lado, quienes solicitan la prestación deben pasar por un mínimo de ocho pasos distintos. A raíz de las entrevistas, y según el análisis del recorrido, se estipula que puede demorarse, en el mejor de los casos, un mínimo de 9 días laborables (fig. 3), lo que serían 2 semanas, aproximadamente, en días naturales. Sin embargo, si se acude con menos de 6 semanas de gestación, habría que añadir el tiempo hasta cumplir las 6 semanas para la interrupción del embarazo.

Se han identificado hasta 13 barreras de acceso, que se detallan en la tabla 3: objeción de conciencia, desplazamiento a la Península, tiempos de espera, pasos intermedios innecesarios, estigma, déficit de información, barrera idiomática, situación geográfica de Melilla, problemas de protección de datos personales, situación administrativa irregular, barrera cultural, ausencia de clínicas privadas y

Tabla 2
Resultados según dimensiones y categorización

	Dimensión	Verbatim
Recorrido del aborto	Organización del proceso: legal vs. ilegal	IC2: Para ver las barreras se ha de tener en cuenta cómo están organizados los servicios en España [...] cada administración local tiene que garantizar a sus residentes el acceso a la interrupción gratuita. [...] entonces existen estos acuerdos entre administración pública y clínica privada, pero cuando se hace el acuerdo no se hace necesariamente con un criterio de cercanía. IC3: Antes de la pandemia, del cierre de frontera, sabíamos que entraban en Marruecos y dentro de esas redes ilegales. [...] antes estas mujeres irregulares ni siquiera llegaban aquí a preguntar, se iban a Marruecos. Sin embargo, ahora sí nos están llegando estas mujeres.
	Percepción del funcionamiento: positiva vs. negativa	E3: Aquí tienen que venir con un papel del centro de salud que diga que tienen un test de embarazo positivo [...]. Todas las que han venido, tienen muy claro que quieren interrumpir el embarazo; [...] las matronas necesitan que haya pasado un mínimo de tiempo porque tienen que hacer unas mediciones de algo en el embrión para poder mandarlo o no. E1: Pues, en todo el sistema, en la mayoría, más del 90% de los hospitales públicos de la red sanitaria española no se practican abortos. Se practican en clínicas concertadas.
Barreras de acceso	Barreras generales: - Concertación clínicas privadas - Estigma - Burocracia - Falta información - Falta interés institucional y de los profesionales	IC1: En España ha habido una inercia institucional muy grande con esto, porque se ha resuelto así [concertando la práctica]. [...] entonces es la manera de quitarse el problema de encima. Se hace allí y ya está. ¿Qué ocurre? Que hay sitios que no hay clínicas porque no compensa. [...] hay un problema muy importante de respaldo institucional, de compromiso institucional. IC2: Entonces la ignorancia de los trabajadores de la administración pública que no se saben la ley, a la administración local este tema no les interesa mucho. Entonces, este tema de requisitos que te impone, de ir a por un sobre y de espera especial, pues se forma el cóctel perfecto. Cuando te dan el sobre te dicen espera 3 días y llama a la clínica. Y esto es por estigma, ignorancia, poco interés. E4: Yo creo que lo más complicado es, primero, cuando la mujer se entera de que está embarazada y quiere interrumpir, es saber cómo se hace el proceso porque es verdad que claro, no hay una información directa que todo el mundo sepa [...].
	Barreras específicas de Melilla: - Ausencia de centros concertados o públicos en el territorio - Barreras geográficas	E4: No deja de ser un proceso que es verdad que se puede evitar en otros sitios que va directamente a la clínica y punto. Entonces sí que hay más trabas que en otros sitios simplemente por no tener aquí un centro donde se pueda hacer. . . (Además) Melilla es diferente al resto de España porque tienes que meter a la mujer en un avión, esperar un par de semanas más de lo que se espera en otro sitio; meter a la mujer en un avión y volver a meterla para regresar. E2: Le afecta, primero, porque tiene que salir de su casa, le afecta negativamente, tiene que salir de su casa, va a otro sitio que no conoce, luego sale del hospital y tendrá que estar en un hotel u otro sitio 24-48 horas.
Objeción de conciencia	Objeción genuina	IC1: La cuestión es si verdaderamente la gente que se está acogiendo a la objeción de conciencia, verdaderamente tiene problemas que se puedan entender de conciencia, es decir, un problema de conflicto moral muy profundo que de hacer la práctica afectaría a tu identidad y a algo muy profundo de tu ser. E2: Se percibe que los médicos tenemos nuestro derecho a eso, a la objeción de conciencia, entonces se admite y se tolera y vamos; yo lo veo bien, que cada uno actúe en conciencia [...].
	Desobediencia inmoral	E4: Por objeción de conciencia, porque a lo mejor no ven bien la interrupción del embarazo o no querrían ser partícipes de eso [...] si hay diez personas que no están de acuerdo y una persona que sí está de acuerdo no creo que... tampoco va a hacer todas las interrupciones esa persona porque estás sobrecargándola de trabajo. E5: [...] Lo voy a hacer tal y cual. «Me miran como un bicho raro», eso es lo que puede pensar la persona. Y a lo mejor por eso dice pues mejor no hago nada, porque van a ir a por mí o me van a mirar como la bicho raro del servicio. IC3: Creo que hay una presión importante para que algunas personas que a lo mejor no piensan realmente que el aborto, o sea, no tendrían esa objeción de conciencia, pero la presión es muy fuerte para mantener esa objeción de conciencia [...].
Posiciones frente al aborto	Defensa del aborto como derecho	E2: Yo creo que tener la ley del aborto en España, aunque te tengas que desplazar fuera, ha facilitado mucho o ha evitado todas las consecuencias de un aborto clandestino. Porque aquí la frontera la tenemos al lado.
	No considerar el aborto un derecho	E1: Necesitamos otras prioridades más que eso [la interrupción del embarazo]. Necesitamos que se incorpore gente para otras cosas. Para hacer cosas más básicas y más necesarias para la mayor parte de la sociedad. [...] hay otras cosas antes que hacer... que lo otro.
Diferencias socioculturales	Tendencia a llevar ocultamente el embarazo en mujeres de cultura musulmana	E2: Además de que tenemos mucha mezcla de cultura musulmana y cristiana, lo pida quien lo pida se le da y se va a Málaga [...]. Porque tener una cultura u otra no significa que no se hagan abortos. [...] y a lo mejor en el ámbito musulmán puede haber más conflicto. Y a lo mejor sí se callan o no dicen nada a la familia cuando lo hacen sin que nadie sepa nada, ocultándolo todo.
Facilitadores: aborto farmacológico	Ventajas	IC1: [...] También cabe la posibilidad de hacer interrupciones no solamente quirúrgicas, sino también medicamentosa, que igual genera menos problemas. . . Por lo menos facilita el acceso de las mujeres al aborto; como ocurre en otros países donde es tan masivo o hay tantas dificultades que las mujeres gestionan la interrupción del embarazo con medicamentos [...]. E5: [...] También va a depender de si un médico esté de acuerdo o no con la interrupción, porque al final cada uno tenemos nuestro pensamiento.
	Inconvenientes	E4: Aquí en Melilla no se quiere hacer eso por el posible tráfico, venta de pastillas. Si tú le das a la mujer cuatro pastillas [...] y hay gente que piensa que cuando tú le das a lo mejor esas cuatro pastillas, a lo mejor esas cuatro pastillas van a otro lado.

1. **Introducción:** presentación de la entrevistadora y del proyecto de investigación. Resolución de dudas. Consentimiento informado.
2. **Aproximación a la persona entrevistada:** iniciar la conversación y presentación de la persona entrevistada, años trabajados.
3. **El aborto en Melilla:**
 1. ¿Cómo llega una mujer a la consulta si quiere abortar?
 2. ¿Qué información se le da desde AP/AE?
 3. ¿Qué circuito sigue una mujer que llega a la consulta y solicita el aborto?
 4. ¿Cómo es la derivación y a dónde se deriva?
 5. La tasa en Melilla es 8 puntos inferior a la media española, ¿por qué crees que existe esta diferencia?
4. **Acceso al aborto:**
 1. ¿Cómo acceden las mujeres de diferente perfil sociocultural a la consulta?
 2. ¿Qué ocurre con las mujeres en situación administrativa irregular?
 3. ¿Cómo se establece la OC en Melilla?
 4. ¿Considerarías alguna dificultad para acceder al aborto?
 5. ¿Cómo podría abordarse el aborto farmacológico desde AP/AE?
 6. ¿Cómo crees que podría mejorarse el proceso?
5. **Conclusiones y cierre. ¿Alguna duda o pregunta que quieras aclarar?**

Figura 2. Guion de entrevista inicial. Este guion se utilizó para las entrevistas a profesionales de la salud y fue adaptándose conforme avanzó la investigación para completar la información y según los temas que fueran surgiendo de manera espontánea.

necesidad de consentimiento de terceros a adolescentes de 16 y 17 años para viajar.

Mientras las informantes clave identifican claramente diversas barreras al aborto, cuando se pregunta a profesionales sanitarios de Melilla que intervienen en el proceso la primera impresión es que no hay obstáculos y todo funciona de manera fluida y rápida. Sin embargo, en cuanto se profundiza en el tema sí señalan algunas de las más evidentes, como tener que desplazarse fuera de Melilla, la falta de información sobre cómo acceder al aborto y la demora en la atención médica.

Cuando se preguntó por las razones de que no se realicen abortos en Melilla, sino que se deriven a la Península, no se identificó la objeción de conciencia como motivo ni como obstáculo en el acceso al aborto. En esta línea, se percibe que la objeción de conciencia es un derecho del personal sanitario por encima del deber profesional.

Por otro lado, a través del análisis de los discursos recogidos no se alcanza a diferenciar los motivos personales de otros de carácter moral, pero sí algunos más genéricos que coinciden con la literatura y con otros estudios sobre este tema, entre los que destacan la presión del servicio de ginecología a negarse a hacer abortos, no aceptar el aborto como un derecho, la falta de reconocimiento profesional, el malestar emocional con compañeras/os del servicio y la sobrecarga de trabajo.

Al explorar las posiciones frente al aborto, los resultados muestran dos posturas bien diferenciadas, identificadas a partir del análisis de la información obtenida en las entrevistas. Estas posiciones se dividen entre quienes defienden de manera activa el aborto y refieren fácilmente diversas barreras de acceso a la prestación, y quienes creen que la interrupción del embarazo no es un derecho, sino un procedimiento sanitario sin más y, por lo tanto, no merece la pena destinar recursos específicos para atenderlo.

Desde la perspectiva de las profesionales sanitarias, el acceso a la prestación del aborto es independiente de su nivel socioeconómico, pero no de su estatus legal o situación administrativa, ni de su identidad cultural: las mujeres musulmanas tienden a pasar de forma encubierta por el circuito con mayor asiduidad que el resto,

a la vez que llevan el embarazo a término con mayor frecuencia. Además, aquellas que están en una situación administrativa irregular (mayoritariamente de origen marroquí) solo tienen la opción de abortar cruzando la frontera y acudiendo a clínicas clandestinas en Marruecos, dadas las dificultades para acceder al circuito por el Sistema Nacional de Salud.

Tras explorar cómo podría mejorarse el acceso al aborto (tabla 3), la respuesta fue unánime: la mejor solución para facilitar el acceso sería realizar las interrupciones del embarazo en Melilla, en lugar de derivarlas a la Península.

Adicionalmente, se preguntó sobre el aborto farmacológico y si sería posible su implementación desde atención primaria. Este podría ser un elemento facilitador en el acceso al aborto siempre y cuando se estableciera de manera protocolizada y controlada desde atención primaria. No obstante, también se considera la opción de que la objeción de conciencia igualmente podría darse de manera generalizada, como viene ocurriendo hasta ahora en Melilla en el servicio de ginecología en la atención hospitalaria.

Discusión

La perspectiva de los/las profesionales sanitarios/as ha revelado las dificultades propias del aborto por la vía institucional. Las barreras de acceso al aborto descritas en Melilla coinciden con las dificultades reportadas en la literatura. Este recorrido, implementado desde que se incluye la interrupción del embarazo en la cartera de servicios del SNS, así como las barreras de acceso, reflejan una dejadez por parte de las instituciones y son contrarios a los derechos humanos en materia de salud sexual y reproductiva. Es importante destacar que la objeción de conciencia presente en Melilla no parece estar arraigada en conflictos éticos profundos, lo que conlleva que se vulnere el derecho al aborto por negación en la atención sanitaria por parte de profesionales y requiere una revisión al no estar justificada como sugiere el derecho internacional.

En esta misma línea, no solo hay que poner el foco en la objeción de conciencia, sino que el resto de las barreras descri-

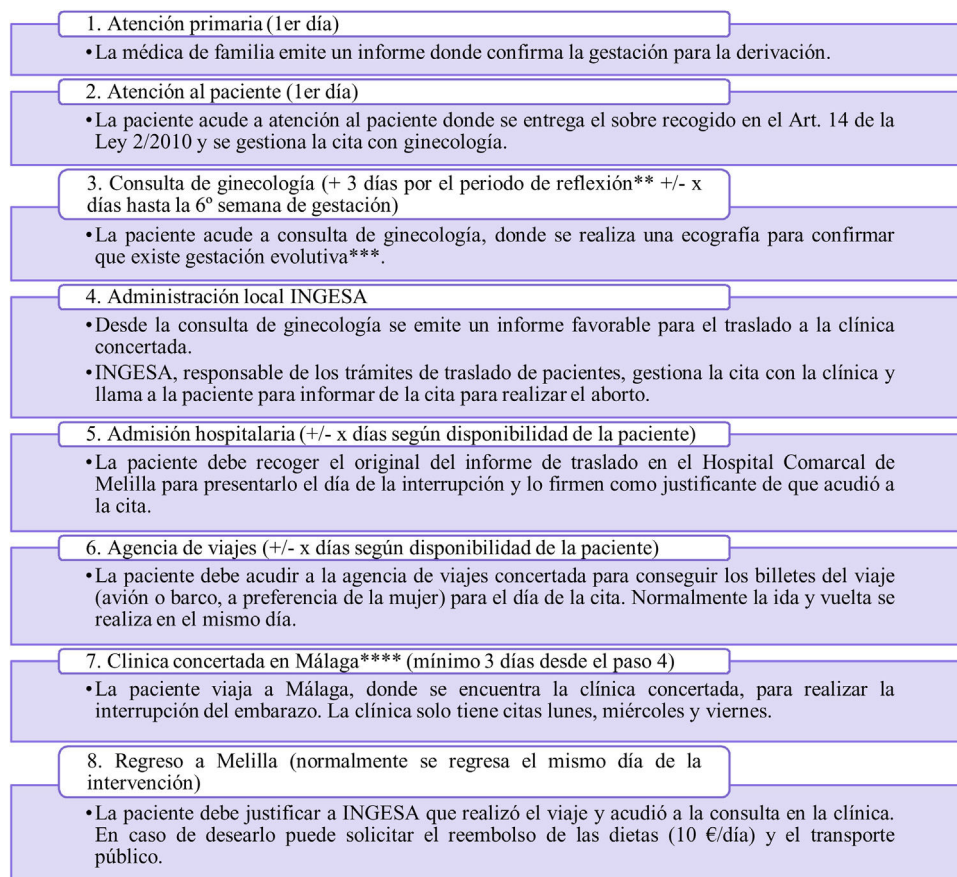


Figura 3. Recorrido del aborto en Melilla y tiempos.

*Este recorrido corresponde a la vía institucional y es descrito por las personas entrevistadas. Existe una vía alternativa donde las mujeres, en su mayoría marroquíes, bien porque no tienen acceso al sistema sanitario, o bien porque no pueden desplazarse a la Península, realizan la interrupción del embarazo en Marruecos a través de clínicas y vías clandestinas. El tiempo es aproximado según la información dada por las personas entrevistadas.

**El periodo de reflexión, tras la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2023, debe haberse eliminado (en la fecha del estudio, previo a esta ley, estaba vigente).

***La cita en ginecología se obtiene cuando han pasado un mínimo de 6 semanas de la gestación para confirmar que existe latido fetal y, por tanto, gestación evolutiva. Esto ocurre porque en caso de no ser una gestación evolutiva se realizaría un aborto diferido en el hospital de Melilla.

****En gestaciones superiores a 14 semanas, la interrupción se deriva a una clínica de Sevilla.

tas también deben ser abordadas de manera que se facilite el acceso, puesto que la situación geográfica de Melilla y sus características socioculturales favorecen una atención desigual de la interrupción del embarazo, del mismo modo que ocurre en el resto de los territorios donde se va a dificultar el acceso a la prestación^{1,6-8,10,11}.

Por otro lado, cabe destacar que, siendo la edad gestacional uno de los obstáculos más tratados en la literatura^{9,10,12}, en este estudio no se menciona como dificultad añadida, sino al contrario: los/las profesionales creen que se cumple con los plazos establecidos en la LO 2/2010 y ninguna mujer se ve con esta dificultad en el momento de abortar. Esto sugiere que aquellas mujeres que sobrepasen las semanas de gestación permitidas para interrumpir el embarazo en España recurren a otras vías alternativas. Además, puesto que no existe una continuación en la atención al aborto, es difícil que el personal sanitario conozca cómo ha sido la experiencia de las mujeres y si finalmente ha llegado a término la interrupción del embarazo.

En cuanto a los facilitadores de acceso, al igual que se ha empezado a implementar en otras comunidades autónomas, como Cataluña, o en otros países en respuesta a las dificultades para abortar²⁵⁻²⁷, el aborto farmacológico desde la atención primaria o a través de la telemedicina podría ser una opción plausible. No

obstante, podría ser insuficiente para aquellas mujeres que deseen llevar el procedimiento de forma secreta, si no disponen de un espacio seguro ni acompañamiento.

El presente estudio expone el proceso por el que tienen que pasar las mujeres melillenses para abortar por la vía institucional, pero además ha identificado otras vías alternativas que surgen debido a las barreras de acceso al aborto, lo que viene a confirmar lo descrito en otros estudios⁹⁻¹². Las mujeres que quieran interrumpir su embarazo en Melilla podrán:

- Recorrer un mínimo de 200 kilómetros, incluyendo viajar en barco o en avión y demorarse un día entero, para acceder a la prestación mediante servicios médicos privados, lo que conlleva gasto de bolsillo y, por lo tanto, contribuye a que exista no solo una desigualdad de género, sino también socioeconómica.
- A través del SNS, seguir todos los pasos del recorrido descritos en este trabajo, demorándose, en el mejor de los casos, de 2 a 4 semanas.
- Continuar con la gestación no deseada.
- Cruzar la frontera hacia Marruecos porque, al no estar en una situación administrativa regular, es más accesible abortar en una clínica clandestina.

Tabla 3
Barreras de acceso al aborto y facilitadores

Barrera	Verbatim	Facilitador
Objeción de conciencia	E4: <i>Cuando se instauró la ley del aborto decidieron no hacerlo por objeción de conciencia y no se hace.</i>	Registro de objetores/as
Desplazamiento a la Península	E5: <i>Pues un trasiego como todo viaje. Gracias a Dios no es un viaje lejano, es un viaje que vas a tardar 40-45 minutos. Pero claro, supone un trasiego. Y aquí, hombre, los que lo han hecho y lo han querido mantener en secreto, lo han conseguido mantener.</i>	Asegurar un mínimo de profesionales que realicen abortos en Melilla
Tiempos de espera	E4: <i>Eso es lo que difiere de otros sitios. Eso hace que se retrase un poco el proceso de interrupción. Que se retrasa por lo menos hasta unas 6 o 7 semanas de embarazo.</i>	Eliminar tiempos de espera innecesarios
Pasos intermedios innecesarios	E3: <i>Yo creo que se podría mejorar, pues yo, por ejemplo, pienso que el paso que hago yo, pues a lo mejor se podría obviar.</i>	Facilitar el recorrido y hacerlo más directo
Estigma	E2: <i>En un ambiente cultural como otro hay su conflictividad interna. Sí, tiene su estigma social. No, y que se ve de una manera y de otra en la familia.</i>	Sensibilización de profesionales y población general
Déficit de información	E4: <i>Yo creo que lo más complicado es, primero, cuando la mujer se entera de que está embarazada y quiere interrumpir, saber cómo se hace el proceso. Porque es verdad que claro, no hay una información directa que todo el mundo sepa.</i>	Campañas de información, facilitar el acceso y adaptarlo según poblaciones específicas
Barrera idiomática	E5: <i>[...] Pero el problema... la comunicación con la paciente, con la persona. Tenemos mucha población que no habla castellano. Ese es el principal que encontramos, a la hora de comunicarnos.</i>	Sensibilización tanto a profesionales como a la población general, adaptar las necesidades según la cultura/idioma
Situación geográfica de Melilla	IC3: <i>La barrera geográfica es muy importante. Si una mujer está en Cádiz y se tiene que ir a Toledo a abortar se va. Aquí hay un problema de comunicación.</i>	Garantizar el aborto en Melilla
Problemas de protección de datos personales	IC3: <i>Porque también esa parte de confidencialidad de datos y demás se vulnera mucho. Es una ciudad muy pequeña donde todo el mundo se conoce y donde es muy fácil localizar a la gente. Entonces eso dificulta mucho.</i>	Mejorar la protección de datos personales, disminuir las visitas innecesarias
Situación administrativa irregular	IC3: <i>Las barreras, primero, es mujeres en situación administrativa irregular, con lo cual no pueden viajar [...] En Melilla es muy complicado poderte regularizar desde el momento en que te impiden poderte empadronar.</i>	Garantizar el acceso universal al Sistema Nacional de Salud
Barrera cultural	E5: <i>Nuestra población mayoritariamente es musulmana y hay que tener en cuenta el tema de la familia. Cuando una chica se queda embarazada sin estar casada con la persona con la que se ha quedado embarazada, ellos lo ven como... eso, se creen que da una imagen malísima.</i>	Sensibilización tanto a profesionales como a la población general, adaptar las necesidades según la cultura
Ausencia de clínicas privadas en Melilla	E4: <i>[...] Porque las clínicas privadas tampoco están algunas preparadas para ese tipo de intervención.</i>	Acceso universal a clínicas privadas de interrupción del embarazo
Consentimiento de terceros en mujeres de 16 y 17 años para viajar	E3: <i>Si son menores de edad tienen que venir con su padre o con su madre, y el viaje lo tienen que hacer con su padre o con su madre. Que sí que ha venido alguna que no quería que se enteraran, pero no puede ser.</i>	Realizar las interrupciones del embarazo en Melilla

Como limitaciones del estudio hay que tener en cuenta que los tiempos del recorrido son una aproximación, puesto que no hay información oficial al respecto, y que la proximidad del estudio a la pandemia puede haber cambiado la dinámica en las derivaciones debido a las restricciones en la movilidad (en 2019 la tasa fue de 2,26 por 1000 mujeres, frente a 1,79 en 2021)⁶. También es importante destacar que el recorrido descrito puede tener ligeras variaciones según situaciones específicas que son difíciles de detallar por el carácter de excepcionalidad. Por último, se deben considerar las perspectivas y las experiencias de las propias mujeres en futuros estudios, tanto las de quienes hayan abortado como las de aquellas que hayan tenido que recurrir a otras vías, al mostrar la otra cara del recorrido, la de la frustración y el sufrimiento físico y emocional que ello comporta.

Conclusiones

Las barreras de acceso al aborto provocan desplazamientos forzados en busca de la prestación. En lugares remotos, como es el caso

de Melilla, van a implicar riesgos para la salud física y emocional de las mujeres, tanto por la complejidad del recorrido descrito como por el resultado final: abortos clandestinos, viajes a la Península o continuar con un embarazo no deseado. Por ello, es imprescindible incluir una perspectiva de género y feminista que contemple estas barreras, que como se ha visto son también de océano y frontera, y se busquen soluciones teniendo en cuenta la opinión de las propias mujeres y la idiosincrasia de Melilla.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Las transcripciones se pondrán a disponibilidad de quien la solicite por correspondencia a la autora.

Editora responsable del artículo

María Teresa Ruiz Cantero.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Las barreras de acceso al aborto en países con leyes permisivas dan lugar a circuitos migratorios de mujeres para abortar. Algunos estudios han mostrado que las limitaciones en el acceso al aborto no reducen sus tasas, sino que aumentan los abortos que ponen en riesgo la vida de las mujeres.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Hasta ahora no se conocía el recorrido por el que tienen que pasar las mujeres de Melilla para abortar, revelándose diversas barreras de acceso que van a obligar a las mujeres a desplazarse a Málaga o a Marruecos para abortar.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2023 obliga a reestructurar el recorrido del aborto en Melilla, garantizando el acceso a él sin desplazamientos forzados y buscando el bienestar de las mujeres.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

E. Estévez-Jiménez y M. Cruz-Piqueras idearon y diseñaron el proyecto. E. Estévez-Jiménez realizó la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los datos, así como la redacción preliminar del manuscrito. M. Cruz-Piqueras revisó el manuscrito y aportó importantes contribuciones intelectuales. Ambas autoras aprobaron la versión final de manera consensuada y tras haber discutido todas las partes.

Agradecimientos

A todas las personas que accedieron a participar en este estudio y a aquellas que han apoyado todo el proceso.

Financiación

El artículo ha sido financiado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) a través de la beca para publicar en Gaceta Sanitaria para jóvenes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo. Ginebra: OMS; 2022. (Consultado el 24-8-2022.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352351>.
- Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (Consultado el 24-8-2022.) Disponible en:

- <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>.
- Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e1152-61.
- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Sec. 1, Ley Orgánica 2/2010. p. 21001-14. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2>.
- Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Sec. 1, Ley Orgánica 1/2023 mar 1, 2023. p. 30334-75. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1>.
- Ministerio de Sanidad. Interrupción voluntaria del embarazo. 2021. (Consultado el 12-4-2023.) Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE.2021.pdf>.
- ACAI. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo. Acceso al aborto en el Estado Español. Un mapa de inequidad. ACAI; 2008. (Consultado el 19-8-2022.) Disponible en: <https://www.acaive.com/acceso-al-aborto-en-el-estado-espanol-un-mapa-de-inequidad/publicaciones/>.
- L'Associació Drets Sexuals i Reproductius. El acceso al aborto voluntario en el Estado español: principales barreras. 2020. (Consultado el 20-6-2022.) Disponible en: <https://lassociacio.org/wp-content/uploads/2021/01/Informe-Acceso-al-Aborto.pdf>.
- De Zordo S, Mishtal J, Zanini G, et al. Consequences of gestational age limits for people needing abortion care during the COVID-19 pandemic. *Sex Reprod Health Matters*. 2020;28:1818377.
- De Zordo S, Mishtal J, Zanini G, et al. "The first difficulty is time": the impact of gestational age limits on reproductive health and justice in the context of cross-border travel for abortion care in Europe. *Soc Sci Med*. 2023;321:115760.
- Barr-Walker J, Jayaweera RT, Ramirez AM, et al. Experiences of women who travel for abortion: a mixed methods systematic review. *PLoS One*. 2019;14:e0209991.
- De Zordo S, Zanini G, Mishtal J, et al. Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2021;128:838-45.
- Doran F, Nancarrow S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2015;41:170-80.
- Aiken ARA, Guthrie KA, Schellekens M, et al. Barriers to accessing abortion services and perspectives on using mifepristone and misoprostol at home in Great Britain. *Contraception*. 2018;97:177-83.
- de Londras F, Cleeve A, Rodríguez MI, et al. The impact of provider restrictions on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *Reprod Health*. 2022;1:95.
- ONU. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Recomendación General N.º 19: La violencia contra la mujer. 1992. (Consultado el 14-8-2022.) Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/5d7fd535.htm>.
- World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: WHO; 2012. (Consultado el 15-10-2022.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/>.
- Davis JM, Haining CM, Keogh LA. A narrative literature review of the impact of conscientious objection by health professionals on women's access to abortion worldwide 2013-2021. *Glob Public Health*. 2022;17:2190-205.
- de Londras F, Cleeve A, Rodríguez MI, et al. The impact of 'conscientious objection' on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *Health Policy*. 2023;129:104716.
- Fiala C, Arthur JH. "Dishonourable disobedience" – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman - Psychosom Gynaecol Obstet*. 2014;1:12-23.
- Digital.CSIC. Triviño R. Bioética feminista y objeción de conciencia al aborto: la lucha continúa. 2014. (Consultado el 18-6-2022.) Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/189315>.
- Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I). *Rev Calid Asist*. 2011;26:188-93.
- Zaami S, Rinaldi R, Montanari Vergallo G. The highly complex issue of conscientious objection to abortion: can the recent European Court of Human Rights ruling *Grimmark v. Sweden* redefine the notions of care before freedom of conscience? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021;26:349-55.
- Ministerio de Sanidad. Anuncio de formalización de contratos de: Gerencia de Atención Sanitaria de Melilla - Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Objeto: Servicio de interrupción voluntaria del embarazo a pacientes derivadas por la Gerencia de Atención Sanitaria del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Melilla. Expediente: P.A.S. 2022-22-GME. (Consultado el 15-10-2022.) Disponible en: <https://www.boe.es/diario.boe/txt.php?id=BOE-B-2023-950>.
- Aiken A, Lohr P, Lord J, et al. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2021;128:1464-74.
- Grossman D, Grindlay K, Buchacker T, et al. Effectiveness and acceptability of medical abortion provided through telemedicine. *Obstet Gynecol*. 2011;118:296-303.
- Lete I, Coll C, Serrano I, et al. Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación. *Prog Obstet Ginecol*. 2015;58:426-34.